

S 1 KR 235/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Wiesbaden (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 1 KR 235/13
Datum
11.02.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist vorliegend die Kostenübernahme für den Brustkrebstest Oncotype DX.

Die Klägerin beantragte am 27.3.2013 die Kostenübernahme für einen Brustkrebstest. Bei ihr war ein Mammakarzinom festgestellt und in den Dr. Horst Schmidt- Kliniken Wiesbaden operativ behandelt worden. Diese Klinik führte in einer Stellungnahme vom 21.3.2013 aus, dass je nach dem Testergebnis die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie falle. Bei dem Brustkrebstest Oncotype DX handelt es sich um einen diagnostischen Gentest für Patientinnen, die an einem hormonrezeptorpositiven Brustkrebs erkrankt sind. Er untersucht die Eigenschaft und Aktivität von insgesamt 21 Genen in Gewebeproben eines Brustkrebses und hilft damit, diejenigen Patientinnen, die von einer Chemotherapie profitieren können und diejenigen, denen diese nebenwirkungsreiche Therapie erspart werden kann, voneinander zu unterscheiden. Dieser Test wurde in den USA entwickelt und wird von der Firma C. vertrieben, besitzt jedoch in Deutschland keine Zulassung. Zusammen mit dem Antrag ging eine Rechnung der Firma C., direkt an die Beklagte gerichtet, über den Betrag von 3180,00 EUR ein. Als Leistungsdatum wurde angegeben der 20.3.2013.

Mit Bescheid vom 10.4.2013 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Zur Begründung führte sie aus, dass es sich um eine Methode handele, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht anerkannt sei. Vor diesem Hintergrund dürften für diese Methode keine Kosten übernommen werden.

Dem widersprach die Klägerin am 16.4.2013 und führte zur Begründung aus, dass nach ihrer Operation im Februar 2013 Differenzen zwischen den behandelnden Ärztinnen über das weitere Vorgehen, insbesondere die Durchführung einer Chemotherapie, bestanden hätten. Zur Klärung, ob eine solche durchgeführt werden solle oder nicht, habe die Klinik selbst vorgeschlagen, diesen Test durchführen zu lassen. Es habe Zeitdruck bestanden, da möglichst schnell eine Entscheidung hätte getroffen werden müssen. Die Klägerin teilte zudem mit, dass sie an einer klinischen Studie teilnehme.

Mit Bescheid vom 28.6.2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass ein Erstattungsanspruch bereits daran scheitere, dass die Klägerin vor Inanspruchnahme dieses Testes keinen Antrag gestellt habe. Im Übrigen ergebe sich aber auch kein Erstattungsanspruch bei fristgerechter Antragstellung. Denn die Kosten klinischer Studien könnten generell nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden (Hinweis auf BSG- Rechtsprechung).

Hiergegen richtet sich die am 17.7.2013 bei dem Sozialgericht Wiesbaden eingegangene Klage. Zur Begründung führt die Klägerin aus, dass sich nach Durchführung des Testes ergeben habe, dass eine Chemotherapie erforderlich gewesen sei. Sodann habe sie einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt. Für eine vorherige Antragstellung habe keine Zeit bestanden, da sofortiger Handlungsbedarf gegeben gewesen sei. Auf gerichtliche Anforderung hat die Klägerin sodann ein Schreiben der Firma C. vom 2.10.2013 vorgelegt, das eine Rechnung vom 27.9.2013 enthält. Darin wird der Betrag von 3180,00 EUR abzüglich "Abschlägen" in Höhe von 2880,00 EUR geltend gemacht und gegenüber der Klägerin ein (Rest-)Betrag von 300,00 EUR in Rechnung gestellt.

Die Klägerin trägt vor, dass sie ihres Wissens eine Vereinbarung mit der Firma C. nicht abgeschlossen und nunmehr die Zahlung unter Vorbehalt geleistet habe.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 10.4.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.6.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für den Brustkrebstest Oncotype DX in Höhe von 300,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bringt zur Begründung vor, dass zum einen kein Nachweis erbracht sei, dass die Klägerin einer rechtmäßigen Kostenbelastung ausgesetzt gewesen sei. Denn angesichts fehlender Vereinbarungen zwischen der Klägerin und der Herstellerfirma des Brustkrebstests sei sie juristisch gesehen keinerlei Kostenanspruch ausgesetzt. Zum anderen sei der Test in Deutschland nicht zugelassen, so dass eine Erstattung mangels positiver Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses entfalle.

Das Gericht hat eine Anfrage bei der Firma C. über die Finanzierung des Brustkrebstests und die in der Rechnung vom 27.9.2013 aufgeführten "Abschläge" gehalten, indes keinerlei Antwort erhalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten, auch im Vorbringen der Beteiligten, wird auf die Gerichtsakte und die Beklagtenakte Bezug genommen, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet. Der Klägerin steht kein Erstattungsanspruch in Höhe von 300,00 EUR im Zusammenhang mit dem durchgeführten Brustkrebstest zu.

Als Anspruchsgrundlage für einen Erstattungsanspruch kommt nur [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Betracht. Danach sind Versicherten von der Krankenkasse Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entsprechenden Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt.1), oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt.2) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war.

Diese Voraussetzungen sind nicht gegeben. Es lag keine unaufschiebbare Leistung im Sinne von [§ 13 Abs. 3 S.1 Alt.1 SGB V](#) vor. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Ausführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht ein zeitlicher Aufschub nicht in Betracht kommt (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Gleichwohl muss der Versicherte vor der Leistungsanspruchnahme grundsätzlich zunächst Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen, damit diese die objektive Verfügbarkeit prüfen und dem Versicherten mitteilen kann (BSG Urteil vom 2.11.2007 B [1 KR 14/07](#) R- juris). Tut er dies nicht, besteht grundsätzlich kein Anspruch. Ausnahmsweise darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden, wenn die Inanspruchnahme so dringlich ist, dass gerade der durch die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse bedingte zeitliche Aufschub unzumutbar ist (BSG a.a.O.). So ist es hier nicht. Zwar hat die Klägerin angegeben, dass die behandelnden Ärztinnen der Dr. Horst-Schmidt- Kliniken von ihr am Entlassungstag eine Entscheidung gefordert haben. Die Klägerin hat indes auch eingeräumt, dass sie Zeit zur Überlegung bekommen habe. Dass sich die Klägerin zum damaligen Zeitpunkt in einer Ausnahmesituation befunden hat, ist für die Kammer nachvollziehbar. Gleichwohl führt dies nicht dazu, eine unaufschiebbare Leistung anzunehmen.

Ebenso wenig liegen die Voraussetzungen von [§ 13 Abs. 3 S.1 Alt.2 SGB V](#) vor. Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet bereits an der fehlenden Kausalität zwischen "unrechtmäßiger Ablehnung" der Beklagten und Kostenentstehung bei der Klägerin. Insoweit verweist die Kammer auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid der Beklagten und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Ergänzend bleibt diesbezüglich festzustellen, dass die Kammer nicht einmal davon überzeugt ist, dass die Klägerin tatsächlich einem Kostenanspruch ausgesetzt war. Zwar hat sie im Laufe des Klageverfahrens eine Rechnung der Firma C. vorgelegt. Diese datiert jedoch vom 27.9.2013, einem Zeitpunkt, der nach der gerichtlichen Anforderung vom 12.8.2013 liegt. Erstmals im Schriftsatz der Beklagten vom 5.8.2013 wurde der Aspekt beleuchtet, dass keinerlei Zahlungsverpflichtung der Klägerin aktenkundig geworden sei. Erst daraufhin erfolgte das Anschreiben der Firma samt Rechnung. Es erscheint der Kammer sehr zweifelhaft, ob es sich tatsächlich um reine echte Rechnung handelt. Denn nicht nachvollziehbar ist, warum die Firma C. "Abschläge" in Höhe von 2880,00 EUR zu Grunde gelegt hat. Es hat sich nicht aufklären lassen, woraus diese "Abschläge" resultieren. Die Klägerin hat auch selbst eingeräumt, keinerlei Vereinbarung mit der Firma abgeschlossen zu haben. Insoweit ist sie nach Auffassung der Kammer keinerlei wirksamem Kostenanspruch ausgesetzt.

Ungeachtet dessen besteht auch von der Sache her kein Anspruch. Denn der jeweilige Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als der entsprechende Sachleistungsanspruch.

Nach [§ 27 Absatz 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zwar kann für den stationären Bereich ein Anspruch nur dann ausgeschlossen sein, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dazu eine negative Stellungnahme abgegeben hat (vgl. [§137 c SGB V](#)). Die Durchführung dieses Testes erfolgte allerdings nicht im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung. Denn die Frage, ob die Klägerin diesen Test durchführen lassen wolle, wurde erst gestellt, als sie aus der Klinik entlassen wurde. Die Durchführung klinischer Studien zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt hingegen nur im Rahmen der Einbeziehung von Patienten in Betracht, die sich in stationärer Behandlung befinden (s. [§ 137 c Abs. 2 S. 2 SGB V](#)). Wäre der Test im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführt worden, hätte das Krankenhaus direkt abrechnen können und nicht die Fa. C. veranlassen müssen, sich direkt an die Krankenkasse der Klägerin zu wenden bzw. die Klägerin veranlassen müssen, einen Kostenübernahmeantrag zu stellen.

Im Rahmen nichtstationärer, somit ambulanter Behandlung gilt hingegen die Regelung des [§ 135 SGB V](#). Danach dürfen neue

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Neu sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie noch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und insoweit nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM aufgeführt sind ([BSGE 81,73](#) f.; BSG [SozR 4 - 2400 § 89 Nr. 3](#)). So ist es hingegen hier. Derzeit liegt keine positive Empfehlung des GBA vor. Vor diesem Hintergrund kommt mangels positiver Empfehlung ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Betracht.

Schließlich kann auch mittels einer grundrechtsorientierten Auslegung der Regelungen des SGB V nicht auf das Erfordernis einer positiven Empfehlung des GBA nach [§ 135 SGB V](#) verzichtet werden. Denn eine verfassungskonforme Auslegung setzt voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt ([BVerfGE 115, 25ff.](#); [BSGE 96,170ff](#)). Die Kammer verkennt nicht, dass es sich bei der Brustkrebserkrankung der Klägerin um eine schwerwiegende Erkrankung handelt. Die Durchführung eines Gentests zur Frage der Sinnhaftigkeit einer Chemotherapie erfüllt diese Kriterien indes erkennbar nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Berufung war nicht zuzulassen, da die Klage auf eine Geldleistung gerichtet ist, deren Beschwerdegegenstand 750,00 Euro nicht übersteigt ([§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-08-30